

居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書

区	分
新規	変更

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号					
フリガナ							
		個 人 番 号					
		生 年 月 日				性 別	
		明・大・昭 年 月 日				男・女	
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者							
事業者の事業所名			事業所の所在地 〒				
			電話番号 ( )				
事業所を変更する場合の事由等			※事業所を変更する場合のみ記入してください。				
			変更年月日 ( 年 月 日付)				
新郷村長 殿 上記の居宅介護支援事業者等に居宅介護サービス計画作成を依頼することを届出します。  年 月 日  住 所  被保険者  氏 名 電話番号 ( )							
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号					

(注意)

- この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅介護サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに新郷村役場 課へ提出してください。
- 居宅介護サービス計画作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず新郷村役場厚生課に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

様式第18号 (第12条関係)

※村記入欄(以下は記入しないでください)

1、本人申請

個人番号確認(いずれか1つ)	本人確認	
1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票 4. その他( )	1つ (顔写真有)	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. パスポート 4. 障害者手帳 5. その他( )
	2つ (顔写真無)	1. 年金手帳 2. 医療保険証 3. その他( )

2、代理人申請

個人番号確認 (いずれか1つ)	代理権確認 (いずれか1つ)	代理人身元確認 窓口に来た人の	
介護サービスを受けている人の 1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票 4. その他( )	介護サービスを受けている人の 1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 負担限度額認定証 4. 障害者手帳 5. 医療保険証 6. その他( )	1つ (顔写真有)	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. パスポート 4. 介護支援専門員証 5. 障害者手帳 6. その他( )
		2つ (顔写真無)	1. 年金手帳 2. 医療保険証 3. その他( )

受付: \_\_\_\_\_